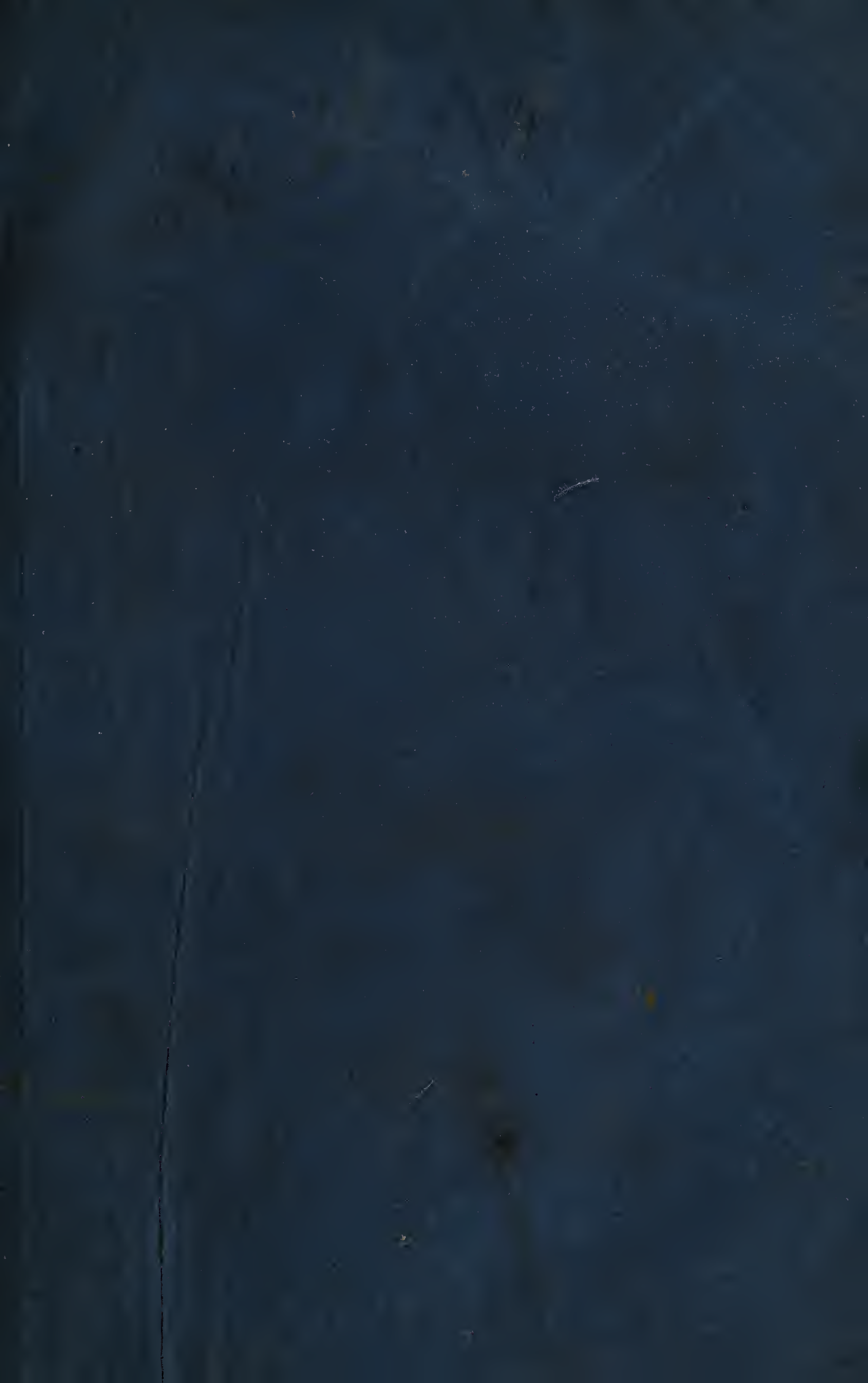




Ueber

FISTULA VENTRICULO-COLICA.

Inaugural-Abhandlung

der

medicinischen Facultät

in

ERLANGEN

vorgelegt

von

Dr. Oscar Diruf,
Assistenz-Arzt der medicinischen Klinik zu Erlangen.

Erlangen.
Druck der J. J. Barfus'schen Universitäts-Buchdruckerei.
1849.


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

Wenn auf nachstehenden Blättern ein Fall von Magenkrebs erzählt wird, der in Perforation des Magens und Colons endete, und dadurch zu einer *Fistula ventriculo-colica* Veranlassung gab, so mag derselbe nicht sowohl als ein neues *Curiosum*, als vielmehr dazu geeignet erscheinen, durch seine genauere Prüfung in Bezug auf die Diagnostik dieses Leidens einige Anhaltspunkte zu einem Schritte vorwärts zu gewähren. Während nämlich die Möglichkeit einer noch im Leben zu stellenden Diagnose auf eine durch krebsige Magendegeneration entstandene *Fistula ventriculo-colica* von Vielen bezweifelt, von Wunderlich *) aber sogar in neuester Zeit geradezu in Abrede gestellt wird, giebt gerade der hier mitgetheilte Fall den Beweis, dass gedachter Zustand während des Lebens nicht nur diagnosticirt werden kann, sondern wirklich, wie die Autopsie nachwies, richtig erkannt wurde.

Der Ausgang des Magenkrebses in Durchbohrung der Magenwände überhaupt kommt häufig vor, und veranlasst wieder die verschiedensten Zustände, je nachdem die Perforation in die freie Bauchhöhle oder in dieses oder jenes durch den Degenerationsprocess an den Magen angelöthete Organ, oder endlich unvollständig durch Verlegung und Verwachsung der Perforationsstellen mit Nachbarorganen statt findet.

Es kommen durch das Weitergreifen des Degenerations- und Ulcerationsprocesses vom Magen aus offene Verbindungen mit der Leber und der Milz zu Stande; C. Broussais beobachtete Per-

---

*) Handb. d. Path. u. Therap. Bd. III. 3. Lief. 5. Stuttg. 1848. pag. 878.

forationen des Magens, die in die Pfortader mündeten, Heyfelder *) erzählt einen Fall, wo sich der Inhalt des Magens durch eine Perforation in die Brusthöhle ergoss, und sogar Fälle, wo sich eine Verwachsung des Magens mit den Bauchdecken bildete und eine Perforation nach Aussen statt fand, finden sich aufgezeichnet.

Fälle, ähnlich wie der von uns beobachtete und nachstehend mitgetheilte, finden sich mehrfach erwähnt, Dittrich **) beobachtete die durch Krebs gesetzte Communication zwischen Magen und Colon sogar 6 mal unter 160 Fällen.

Dass dieselbe fast immer durch krebsige Degeneration des Magens hervorgebracht wird, sehr selten dagegen durch das einfache perforirende Magengeschwür, hat wohl darin seinen Grund, dass der einfache Ulcerationsprocess, sobald die Serosa des Magens perforirt ist, in den meisten Fällen nur in der Breitendimension weiter greift, und die vorliegenden Theile anderer Organe verschont, während der mit krebsiger Degeneration verknüpfte Zerstörungsprocess so zu sagen unaufhaltsam und ohne Unterschied der ihm begegnenden Gewebe fortschreitet.

Wir gehen sogleich auf die Betrachtung unseres Falles über, dessen Beschreibung wir in Folgendem mittheilen:

Kunigunda Zinner, 30 J. alt, Dienstmagd, von mittlerer Grösse, gracilem Körperbau, ziemlich blühendem Aussehen, war von Kindheit auf stets gesund bis vor drei Jahren, wo sie an Pneumonie litt. Im zwanzigsten Lebensjahre stellten sich die Menses bei ihr ein, welche immer regelmässig und nicht sehr profus waren. Vor einem halben Jahre verlor sie dieselben plötzlich, angeblich in Folge einer starken Erhitzung und darauf folgenden Durchnässung des Körpers. Sie litt von dieser Zeit an an Leucorrhöe, welche sich immer statt der Menstruation alle vier Wochen einstellte, und hatte dabei jedesmal Fieber, Kopfschmerz und Schwäche in den Gliedern. Angeblich durch dieselbe Erhitzung und darauf folgende Durchnässung stellte sich

*) Studien im Gebiete der Heilwissenschaft, Stuttg. 1838. I. Bd. p. 143.

**) Prager Vierteljahrschrift. Jahrg. 1848. Bd. I. p. 26.

damals Uebelkeit und Erbrechen ein, wobei zuerst Wasser, dann die Contenta des Magens zum Vorschein kamen, auch fühlte die Kranke von jener Zeit an immer Schmerzen im Magen unmittelbar nach jeder Mahlzeit. Nach und nach stellten sich die Schmerzen periodisch ein, Morgens um 10 Uhr und Abends um 5 Uhr, verminderten sich indess fast jedesmal auf den Genuss einiger Löffel warmer Suppe. Allmählig trat auch unmittelbar fast nach jeder Mahlzeit Erbrechen auf und die Kranke konnte bald auch die Suppe nicht mehr vertragen, indem nur nach Milchspeisen kein Erbrechen erfolgte. Ein damals consultirter Arzt verordnete der Kranken Pillen, die aber ihren Zustand nicht verbesserten, daher sie sich am 23. Januar ins hiesige Universitätskrankenhaus aufnehmen liess.

Ueber den Gesundheitszustand ihrer Familie ergab sich, dass die Mutter im 69sten Lebensjahre gestorben, stets gesund gewesen und nur in ihren letzten Lebensjahren an gichtischen Affectionen gelitten hatte, der Vater im 74sten Lebensjahre stehend sich fortwährend einer guten Gesundheit erfreue, ebenso wie sieben noch lebende Geschwister, während ein Bruder der Kranken an Phthisis gestorben war.

Ihr Zustand bei der Aufnahme war folgender: Sie klagte über einen fortwährenden, bei äusserlich angebrachtem Drucke sich steigernden Schmerz in der *regio epigastrica*, woselbst bei Erschlaffung der Bauchdecken eine ziemlich resistente Geschwulst zu fühlen war, die links theilweise von den falschen Rippen überragt wurde, rechts sich bis zum linken Leberlappen ausbreitend in diesen gleichsam überzugehen schien, aber ziemlich beweglich war. Der Percussionston in dieser Gegend war zwar gedämpft, hatte jedoch einen tympanitischen Beiklang. Nach rechts gieng der gedämpfte Percussionston in den Leberton, nach links in den der Milz über. Der Magen zeigte sich nicht ausgedehnt, die Milz nicht vergrössert. Beim Genusse von Speisen, manchmal auch von Getränken empfand die Kranke Uebelkeit und ein vom Magen aufsteigendes Gefühl von Hitze, worauf zuerst Wasser, dann der übrige Inhalt des Magens als bitter schmekkende Masse von keiner auffallenden abnormen Färbung durch Brechen entleert wurde. Der Appetit war schlecht, der Durst in

der Frühe immer sehr stark, den Tag über mässig, die Zunge ziemlich rein. Alle vier Tage erfolgte eine dünne Stuhlentleerung, der gelassene Harn war sparsam und trüb. Nebst den Magenbeschwerden klagte die Kranke beständiges Kopfweh, Schwindel und Ohrensaussen, reissende Schmerzen in den Extremitäten. Acht Tage vor der Aufnahme der Kranken war der linke Arm angeschwollen gewesen, was sich aber bald wieder verlor, worauf die Halsdrüsen der linken Seite anschwollen, von welcher Anschwellung noch Spuren zu fühlen waren. Die Kranke gab auch an, dass sie seit drei Wochen an Schlingbeschwerden leide, die sowohl durch feste als durch flüssige Nahrung hervorgerufen würden, und besonders des Nachts beim Hinabschlucken des Speichels sehr stark seien. Ferner klagte sie, dass sie seit vier Tagen nur auf der linken Seite liegen könne, bei der Lage auf der rechten Seite Schmerz in der linken empfinde. Die Haut fühlte sich trocken, aber schlaff an, ihre Temperatur war normal, der Puls weich, mässig gross, machte 100 Schläge in der Minute.

Es wurde die Diagnose auf Magenkrebs in der Nähe der *Cardia* gestellt, der Kranken sechs Schröpfköpfe auf die Magengegend, zur Stillung des Durstes Eibischthee als Getränk, ausserdem aber eine vollkommene Milchdiät verordnet.

Die darauf folgende Nacht schlief die Kranke wenig, weil nicht nur bei der Lage auf der rechten Seite Schmerz in der linken, sondern auch bei der Lage auf der linken Seite Schmerz in der rechten entstand, und daher fortwährend die Rückenlage beibehalten werden musste. Uebrigens hatte sich der Schmerz im *Epigastrium* am andern Morgen (24. Januar) vermindert, während die übrigen Symptome gleichgeblieben waren. Verordnet wurde *R. Jodur. plumb. Extr. belladonn. ana* ʒβ *Axung. porc.* ℥j *Mf. ung. S.* zum Einreiben in die Magengegend und ein warmes Bad.

Am 25. Jan. fühlte sich die Kranke etwas leichter, hatte auch die Nacht gut geschlafen, indessen entstand eine halbe Stunde nach dem Frühstück von Neuem stärkerer Schmerz in der Magengegend, der sich von da in die *regio iliaca sinistra* zog und sich dort fixirte. Es war weder Erbrechen, noch Aufstossen

eingetreten; die am Morgen erfolgte Stuhlentleerung war breiig, bot übrigens in Bezug auf Farbe, Geruch oder sonstige Beschaffenheit nichts Auffallendes. Die Milchdiät und die Einreibungen wurden fortgesetzt, und am 26. Jan. wieder ein warmes Bad verordnet, während sich der Zustand gleich blieb.

In der Nacht vom 26. auf den 27. Jan. hatte die Kranke zum ersten Male seit ihrer Aufnahme ins Hospital Erbrechen, die erbrochenen Massen bestanden nur aus Wasser und etwas Schleim ohne besonderen Geschmack oder Geruch. Auf die linke Seite des Unterleibs, die noch immer Sitz des Schmerzes war, wurden (am 27. Jan.) 6 Schröpfköpfe gesetzt, die Einreibungen in die Magengegend wie bisher gemacht. Hierauf verlor sich am folgenden Tage (28. Jan.) der Schmerz auf der linken Seite, schien aber nur seine Stelle gewechselt zu haben, indem die Kranke nun über ziemlich bedeutende Schmerzhaftigkeit des rechten Hypochondriums klagte, in der Magengegend empfand sie nur bei sehr tiefem mit der Hand angebrachtem Drucke Schmerz; die Geschwulst liess sich dabei fortwährend deutlich fühlen, die Percussion gab fast die nämlichen Resultate, wie früher, der gedämpfte Percussionston der Geschwulst gieng nach links in den matten Percussionston der im Breitendurchmesser etwas vergrösserten Milz, nach rechts in den Leberton über, während sich bei der Percussion der übrigen Theile des Abdomens ein sehr tiefer voller Ton, bedingt durch starke Ausdehnung der Gedärme von Gasen, wahrnehmen liess. Die Kranke erhielt wieder ein Bad, worauf sich der Schmerz in der rechten Seite verminderte, und guter Schlaf in der Nacht erfolgte; auch am 29. Jan. badete die Kranke mit gutem Erfolge, nur kam diesmal der Schmerz schon in der folgenden Nacht wieder und fixirte sich nun auf der linken Seite, während die rechte frei blieb. Am 31. Jan. hatte die Kranke Morgens gegen 4 Uhr wieder Erbrechen von Wasser und Schleim, nachdem in der Nacht der Schmerz der linken Seite heftiger geworden war. Auf das Erbrecheu nahm der Schmerz wieder ab, und trat nur bei der Lage auf der rechten Seite wieder stärker hervor, im Uebrigen klagte die Kranke wenig, nur wurde sie durch häufiges saures Aufstossen belästigt, der Appetit war fortwährend schlecht, die Zunge ziemlich rein, der

Harn sparsam, etwas sedimentös, die Stuhlentleerung war seit einigen Tagen täglich eingetreten und hatte noch ganz die oben beschriebene Beschaffenheit. Verordnet wurde *Aq. calcis* ein Theil auf zwei Theile Milch, Morgens und Abends eine Tasse voll zum Getränk, dabei die Einreibungen mit der Jodbleisalbe fortgesetzt.

In der folgenden Nacht erbrach die Kranke wieder einige Male eine dünne, grünliche, geruchlose Flüssigkeit, während der Schmerz auf der linken Seite gleich blieb. Verordnet wurden 6 Schröpfköpfe auf die schmerzhafte Stelle, nach deren Application der Schmerz zwar verschwand, am darauffolgenden Tage (2. Febr.) aber desto heftiger auf der rechten Seite auftrat. Nach Mitternacht hatte die Kranke sich auch wieder einige Male erbrechen müssen. Die Oeffnung war noch regelmässig. Verordnet wurde ein Bad. Das Erbrechen kam nun öfter, am nämlichen Tage Nachmittags und auch Abends sowie in der folgenden Nacht. Es wurde am 3. Febr. auch die *Aq. calc.* nicht mehr vertragen und der Schmerz in der rechten Seite sehr stark. Verordnung: *R. Tinct. fabar. St. Ignat. S.* 3mal täglich 15 Tropfen z. n. *)

Am 4. Febr. Wenig Schlaf in der Nacht, häufiges Aufstossen, aber kein eigentliches Erbrechen, starker Schmerz im *Epigastrium*, Puls frequent und klein. Die Kranke badete, fühlte sich aber diesmal nicht dadurch erleichtert, sondern der Schmerz nahm gegen Abend immer mehr an Heftigkeit zu. Auf ein Pulver von 1/8 *gr. Morphium* mit Zucker hatte die Kranke eine ziemliche gute Nacht und klagte auch am andern Tage (5. Febr.) wenig über Schmerz. Das Morphium wurde daher zu 1/16 Gr. Morgens und Abends fortgegeben, die *Tct. fab. St. Ignat.* aber weggelassen.

An den folgenden Tagen hatte die Kranke sehr wenig Schmerz, dagegen wurden die Stuhlentleerungen häufiger, und förderten nnr immer geringe Mengen flüssigen Darminhalts zu Tage, es zeigte sich, besonders im Gesichte, eine zunehmende

---

*) Es muss hiebei bemerkt werden, dass die *Faba St. Ign.* nicht als ein Vertrauen verdienendes Mittel, sondern nur versuchsweise hier angewandt wurde.

Abmagerung und die noch vor kurzem gesunde Hautfarbe nahm allmählig ein gelbliches cachectisches Aussehen an, dabei fiel es auf, dass die Stimme der Kranken allmählig immer heiserer und klangloser wurde.

Am 8. Febr. erbrach die Kranke Morgens, noch ehe sie Etwas genossen hatte, einige Unzen einer dünnen gelb gefärbten Flüssigkeit, die sehr deutlich den Geruch des Fäces hatte; Schmerz klagte sie nicht. In der darauffolgenden Nacht wiederholte sich dies Erbrechen und war von gleichzeitigem Durchfall begleitet. Die durch den Stuhl entleerten Massen hatten fast dieselbe Beschaffenheit, wie die durch das Erbrechen entleerten; sie bestanden in einer gelben Flüssigkeit, von der es nicht wohl möglich war, anzugeben, ob sie unverdaute Speisereste enthalte, indem die Kranke Nichts als Milch genoss. Indessen wurde am 9. Febr. die Diagnose auf eine zwischen Magen und Quercolon bestehende Verbindung *(fistula ventriculo-colica)* gestellt.

Der Collapsus der Kranken nahm nun sehr rasch zu, die Stimme verfiel immer mehr und es stellten sich wieder stärkere Schlingbeschwerden ein, die während der letzten Zeit fast ganz verschwunden waren, auch klagte die Kranke über Kratzen im Halse; auf der linken Seite der Zunge und des Gaumenbogens waren Aphthen zu bemerken. Die Kranke erhielt ein Clysma aus Amylum, und die Morphiumpulver wie bisher. Hierauf trat in der Nacht vom 9. auf den 10. Febr. nur Einmal Stuhlentleerung ein, das Erbrechen blieb aus, die Kranke schlief ziemlich gut und hatte gar keinen Schmerz. Dagegen wurden in der nächsten Nacht durch 6 bis 7maliges Erbrechen wieder die beschriebenen wässrigen, stark fäculent riechenden Massen, die diesmal etwas dunkler gelb gefärbt waren, entleert, worauf der kurz vor dem Erbrechen wieder eingetretene Magenschmerz bedeutend abnahm.

Die Stimme der Kranken verfiel nun in den folgenden Tagen vollkommen, die Abmagerung und Schwäche nahm in ausserordentlichem Grade sehr rasch überhand, die Haut bekam ein graugelbes Colorit, während zugleich die Sclerotica ziemlich starke icterische Färbung zeigte, der Puls wurde rieselnd. Erbrechen trat nicht mehr ein, dagegen nahm die Zahl der Durchfälle sehr

zu und dieselben erfolgten bisweilen unwillkührlich. Die durch dieselben entleerten Massen hatten im Ganzen noch dieselbe Beschaffenheit wie früher, indessen konnten am 13. Febr. in ihnen einzelne geronnene Ueberreste der von der Kranken genossenen Milch wahrgenommen werden.

Die Kranke klagte nur über heftigen Durst, der Schmerz fehlte vollkommen, auch war die Magengegend selbst bei tiefem Drucke wenig empfindlich.

Es sollte nun auch zur Bestätigung der am 9. Febr. gestellten Diagnose der Versuch angestellt werden, ob mit irgend einem Pigmentstoffe künstlich gefärbte Speisen sogleich oder sehr bald nach dem Genusse wieder durch den Stuhl entleert würden, oder nicht. Die Kranke starb aber leider noch vor Ausführung des Versuchs am 14. Febr. früh um 8 Uhr, nachdem das Bewusstsein erst in den letzten Momenten des Lebens geschwunden war.

Die am 15. Februar 26 Stunden nach dem Tode vorgenommene Section ergab Folgendes:

Leiche mager, keine Todtenstarre, Kopfhöhle und Gehirn ohne Abnormität. Beide Lungen, besonders die rechte, zellig verwachsen, klein und blutleer, ohne Spur von Tuberkeln, äusseres Herzzellgewebe ziemlich mit Fett durchsetzt, Herzwandungen schlaff, dünn, in den Herzhöhlen und Gefässen cruorarme Fibringerinnsel. Kehlkopf ohne alle Abnormität.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle fand sich der schon äusserlich mit Ausnahme des Fundus in seiner ganzen übrigen Ausdehnung hart und degenerirt anzufühlende Magen schief von oben nach abwärts so im Epigastrium gelagert, dass die Grenze der kleinen Curvatur unmittelbar an dem Rande des linken Leberlappens anlag, so dass sich daraus erklärte, wie während des Lebens die durch den Magenkrebs bedingte Dämpfung des Percussionstones in den Leberton überging, und von diesem nicht abgegrenzt werden konnte. Der Magen war theilweise durch das nach aufwärts geschlagene sehr fette Netz bedeckt, nach unten mit dem Quergrimmdarme, nach rückwärts mit dem Pancreas und nach aussen mit dem Bauchfelle verwachsen. Grimmdarm und Pancreas nahmen in den an den Magen grenzenden Stellen an der krebsigen Verhärtung Theil. Die Höhlung des Magens war

mit Ausnahme des kleinen von der Degeneration freigebliebenen Theils des Magengrundes ziemlich verengt; der ganze übrige Magen von der Cardia an über den Körper bis dicht jenseits des Pylorus, also bis an die Grenze des Duodenums fand sich krebsig entartet, seine Wandungen bis zur Dicke von mehreren Linien verdickt, und zwar so, dass sich deutlich darin die einzelnen Schichten erkennen liessen. Die Muskelhaut und die zwischen ihr und der Serosa gelegene Zellschicht hatte jene eigenthümliche glasig gallertartig aussehende, schöngestreifte Umwandlung erlitten, welche Cruveilhier als Hypertrophie der Muskelhaut des Magens beschrieb; die ganze Schleimhaut des Magens war in eine verschieden roth gefärbte, weiche, fungöse Wucherung, welche Erhabenheiten und Gruben bildete, verwandelt, das Pseudoplasma selbst nach seinen histologischen Characteren als Medullarkrebs zu betrachten. In der Mitte der grossen Curvatur fand sich der Magen von einem unregelmässig gerandeten, durch Koth gelb gefärbten, mehr als kronthalergrossen Geschwüre durchbrochen, welches aus dem Magen in den damit verwachsenen queren Grimmdarm mündete, in welchem letzteren die Communicationsöffnung nur die Grösse eines Vierundzwanzigkreuzerstückes hatte und seitlich durch eine übriggebliebene Brücke der Grimmdarmschleimhaut in zwei ungleiche Theile getheilt wurde. Die die Oeffnung umgrenzende Schleimhaut des Grimmdarms bot keine besondere Injection, noch Aufwulstung, noch sonstige Veränderung dar, welche auf frischen Entzündungsprocess hätte schliessen lassen. Vielmehr hatte sie das Ausehen, als sei die Oeffnung nicht ganz frischen Ursprungs. Dass sich die Durchbohrung des Magens nicht zuerst in der Mitte des Geschwürs, sondern von den der Peripherie näher liegenden Theilen aus gebildet hatte, zeigte ein die Communicationsöffnung klappenartig überragender wallnussgrosser Ueberrest der verdickten Magenwandung, welcher nur an einer Seite noch mit dem Geschwürsrande zusammenhängend in einer bestimmten Lage die Oeffnung zum grössten Theil bedeckte, und daher ein wirkliches, sich nach dem Magen zu öffnendes Ventil bildete.

Die übrigen Organe boten ausser mässiger Blutleere der

Leber und Nieren keine Anomalie, die Gallenblase war ziemlich stark mit Galle gefüllt uud ragte etwas über den scharfen Leberrand hervor.

Nicht nur in diagnostischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht, sondern auch bezüglich seines ganzens Auftretens und Verlaufs ist vorstehender Fall nicht ohne Interesse. Auffallend ist schon das Lebensalter, in welchem die Kranke stand, als das Krebs-Leiden bei derselben zur Erscheinung kam. Denn berücksichtigt man die Ergebnisse der in dieser Beziehung angestellten statistischen Untersuchungen, so gehört ein Krebsleiden des Magens schon bei Individuen unter 40 Jahren zu den selteneren Ausnahmen, wie viel mehr bei einem 30jährigen, indem erst jenseits der Vierziger das eigentlich prädisponirende Alter beginnt, die grösste Frequenz der Krankheit aber erst zwischen dem 60. nnd 70. Lebensjahre zu finden ist. Eine erbliche Anlage fand in diesem Falle, soviel sich wenigstens ermitteln liess, nicht statt, und muss daher die Erkältung während der Menstruen und die nachherige Vernachlässigung des Leidens, das im Anfang vielleicht nur in einer Gastritis bestand, als die Ursache der Krankheit betrachtet werden. Ein gleichzeitig aufgetretenes Leiden des Geschlechtssystems, zu dessen Annahme etwa die seit jener Zeit bestehende, jedesmal statt der Menstruation eintretende Leucorrhoe verleiten könnte, wies wenigstens der anatomische Befund nicht nach, während es sonst nicht an Beobachtungen fehlt, wo organische Leiden des Uterus, der Ovarien u. s. w. zur Entwicklung von Magenkrebs in Beziehung standen.

Die Krankheit verlief in diesem Falle ziemlich rasch; denn wenn es auch Fälle giebt, wo der Magenkrebs im Anfange ziemlich latent geblieben war, und erst nach jahrelangem Verlaufe als solcher erkannt wurde, so waren doch immer in solchen Fällen leichte Grade von Verdauungsstörung oder die vagen Symptome irgend eines scheinbar in anderen Organen stattfindenden Leidens vorhanden, wovon aber unsere Kranke durchaus Nichts wissen wollte, so dass ihre Krankheit erst von jener Erkältung an zu datiren ist, welcher sie sich ungefähr ein halbes Jahr vor ihrem Eintritte ins Hospital aussetzte.

Fragen wir nun: welche Umstände berechtigten damals, als sich die Kranke zur Behandlung stellte, das Leiden für Magenkrebs zu erklären?

Bekanntlich ist in den meisten Fällen die Diagnose eine unsichere, indem einestheils verschiedene andere Krankheiten der Unterleibsorgane, besonders des Magens, auf das Täuschendste die Symptome eines Krebsleidens simuliren, anderntheils der Symptomencomplex des Leidens selbst eine so manchfache Gestaltung anzunehmen vermag, so wenig Charakteristisches bietet, dass fortwährend selbst tüchtige erfahrene Practiker hiebei diagnostische Fehlgriffe thun und bisweilen auf die verkehrteste Weise gegen das Chamäleon zu Felde ziehen.

In diesem Falle war die Diagnose des Magenkrebses sogar eine leichte zu nennen, obgleich die Betrachtung der damals bestehenden subjectiven Symptome ebenso sehr für als gegen dieselbe sprach. Das damals immer beim Genuss von Speisen eintretende Erbrechen, wobei nebst Wasser und Schleim der ziemlich unveränderte Mageninhalt zum Vorschein kam, konnte ebenso wohl durch eine chronische Gastritis als durch krebsige Degeneration des Magens bedingt sein; ähnlich verhielt es sich mit dem Schmerze, den die Kranke klagte, und der im Anfang sogar unabhängig von den Mahlzeiten immer zu bestimmten Tageszeiten eintrat, wie solches z. B. bei der Neurose des Magens so häufig der Fall ist. Das vom Magen aufsteigende Gefühl von Hitze und Uebelkeit beim Genuss von Speisen, der schlechte Appetit und zeitweise vermehrte Durst, die seltene Stuhlöffnung, der trübe sparsame Harn, konnten dies Alles nicht eben so gut Symptome einer andern Magenaffection als gerade des Krebses sein? Und endlich die consensuellen Symptome, welche die Kranke klagte, wie Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Gliederschmerzen u. s. w., welcher grossen Reihe von Krankheiten konnten diese Symptome als Trabanten dienen? — Sie alle konnten es also für sich gewiss nicht sein, welche die Diagnose begründeten, sie konnten sie höchstens unterstützen, wenn sie auf andere sicherere Gründe hin festgestellt war. Diese letzteren aber gab die manuelle Exploration an die Hand. Die sowohl durch Palpation als durch Percussion in der dem Magen entsprechenden Gegend des

Epigastriums deutlich erkennbare härtliche Geschwulst, ein Moment, welches überhaupt, wo es nur immer in Verbindung mit jenen andern unbestimmteren Symptomen vorkommt, als fast pathognomonisch betrachtet werden muss, war auch in diesem Falle massgebend für die Diagnose, und die übrigen Symptome gewannen durch dasselbe erst ihre eigentliche Bedeutung. Der vielleicht mögliche Einwurf, dass auch dieses Symptom nicht immer ein ganz zuverlässiges sei, indem Degenerationen und Dislocationen benachbarter Organe, wie die der Leber, des Pancreas, des Netzes, des Colons, Kothanhäufung in Letzterem u. s. w. eine Anschwellung in der Magengegend bedingen könnten, findet theilweise darin seine Widerlegung, dass genannte Zustände äusserst selten in der besonderen Art und Weise, dass sie gerade diese Täuschung zu Wege bringen, vorkommen, und da, wo sie wirklich vorhanden sind, gewiss auch eine andere Symptomenreihe mit zur Erscheinung bringen, als gerade diejenige, wie wir sie bei der krebsigen Magendegeneration beobachten. Es bleibt daher dieses Symptom, wenn auch nicht umgekehrt das Fehlen desselben die Anwesenheit eines Magenkrebses ausschliesst, doch immer da, wo es vorhanden ist, das werthvollste unter dem Chaos der vielen übrigen, jedenfalls aber von höherer Bedeutung, als die von vielen Aerzten als so wichtig betrachteten Entleerungen von caffeesatz- oder chocoladefarbigen Massen nach oben und unten und die cachectische Hautfarbe der Kranken, Symptome, deren Fehlen in diesem Falle zur Zeit, wo die Diagnose auf Magenkrebs gestellt wurde, wenigstens kein Hinderniss für dieselbe abgeben konnten.

In wie weit es richtig war, den Sitz des Leidens in der Nähe der Cardia anzunehmen, mag am Besten durch dasjenige klar werden, was Bayle und Cayol in ihrer Monographie über Krebs *) in dieser Beziehung mittheilen. Die betreffende Stelle lautet:

„Mehrere Krankheitssymptome bieten bemerkenswerthe Ver-
„schiedenheiten je nachdem der Krebs seinen Sitz am Pylorus,
„an der Cardia, oder an irgend einem andern Theile des Magens

*) Dict. des sciences medicales. tom. 3. Paris 1812. pag. 621

„hat. Ist der Pylorus ausschliesslich oder wesentich afficirt, so „hat das Erbrechen erst eine bestimmte Zeit nach dem Essen „statt. Die im Magen secernirten und die in denselben gebrachten „Massen, ausser Stande die Pylorusöffnung zu passiren, häufen „sich im Magen an und dehnen denselben bisweilen ausserordent- „lich aus, ehe sie Erbrechen veranlassen, welches in einzelnen „Fällen erst nach Ablauf einiger Tage eintritt, dann aber fast „immer sehr copiös ist. Die Lage der Geschwulst auf der rech- „ten Seite des Epigastriums, zwischen den falschen Rippen und „dem Nabel kann die Diagnose eines Scirrhus des Pylorus noch „unterstützen.

„Hat das Leiden seinen Sitz an der Cardia, so erkennt man „keine Geschwulst in der epigastrischen Gegend, der Schmerz „macht sich besonders am oberen Theile des Magens fühlbar; „die Deglutition ist manchmal erschwert, das Erbrechen folgt „unmittelbar auf das Essen und manchmal kommen die Speisen „wieder in den Mund zurück, ohne dass sie in den Magen ge- „langen konnten. Manche Kranke speien von Zeit zu Zeit ge- „ringe Mengen speichelähnlichen Schleims aus u. s. w. aber alle „diese Zeichen sind bei weitem keine gewisse, und man ist immer „Täuschungen ausgesetzt, wenn man daraus auf den bestimmten „Sitz des Magenkrebses schliessen will. Im Allgemeinen lässt „sich mit Abrechnung zahlreicher Ausnahmen annehmen, dass der „Magenkrebs kein Erbrechen verursacht, wenn er weder den „Pylorus, noch die Cardia einnimmt; in ähnlichen Fällen beob- „achtet man kaum Erbrechen, ausser in der ersten Zeit der „Krankheit, oder dann, wenn der Krebs Adhärenzen mit benach- „barten Theilen gebildet hat. Aber die Verstopfung, die Blä- „hungen und die anderen Symptome des Magenkrebses bestehen „immer mit grösserer oder geringerer Intensität fort und manch- „mal gesellt sich in der letzten Periode Ausleerung schwarzer „Materien hinzu.

„Die kleine Curvatur scheint viel mehr dem Krebse unter- „worfen zu sein, als die vordere Fläche und der Blindsack des „Magens.

„Wenn die Degeneration den ganzen Magen einnimmt, wie

„wir es mehrmals gesehen haben, so ist der epigastrische Schmerz „fast continuirlich und verbreitet sich von Zeit zu Zeit über den „ganzen Unterleib; die Blähungen nach oben und unten quälen „den Kranken unaufhörlich; die Speisen werden in kleinen Quan- „titäten und ohne Anstrengung erbrochen, scheinen ohne Würgen „sich zu entleeren, und sind fast immer mit einer schleimigen, „weisslichen oder grünlichen Flüssigkeit gemischt.

„Wir können indess nicht genug wiederholen, dass diese „Zeichen unsicher sind, und dass es sehr oft unmöglich ist, vor „dem Tode zu erkennen, welches der speciell vom Krebse afficirte „Theil des Magens ist.“ —

Vergleichen wir nun das hier Gesagte mit unserem Falle, so ergiebt sich, dass, wenn die von Bayle und Cayol angeführten Symptome nur einen geringen Anhaltspunct für die Diagnose gewähren können, dieselbe jedenfalls auf Krebs der Cardia zu stellen war, wozu besonders die Schlingbeschwerden und das unmittelbar nach dem Essen erfolgende Erbrechen aufforderten. Diese Diagnose wurde durch die Autopsie in soweit bestätigt, dass zwar die Cardia von der krebsigen Degeneration afficirt, jedoch auch der Magen mit Ausnahme des Blindsacks an der Degeneration theilnehmend gefunden wurde, für welches letztere Moment aber nach dem oben Angeführten kein Symptom im Leben besonders zu sprechen schien.

Von dem Tage an, wo die Kranke ins Hospital aufgenommen wurde, bis gegen den 6. Februar hin, um welche Zeit sich die Durchfälle bei ihr einstellten, bot der Verlauf der Krankheit Nichts sehr Auffallendes, wenn nicht vielleicht das Wandern des Schmerzes als eine Eigenthümlichkeit zu betrachten sein dürfte. Und selbst das Auftreten dieser Durchfälle statt der früher stattgefundenen Stuhlverstopfung, ein Symptom, welches fast in der Mehrzahl der Fälle von Magenkrebs in der letzten Periode beobachtet wird und dann gewöhnlich auf den Uebergang in Ulceration und dadurch bedingtes Freiwerden der Pylorusöffnung gedeutet wird, hätte allein für sich nicht zu der nachher (am 9. Febr.) gestellten Diagnose berechtigen können, wären nicht in den folgenden Tagen noch andere Symptome hinzugetreten,

deren Bedeutung indess vielleicht erst durch die Vergleichung einiger ähnlicher anderwärts beobachteter Fälle in das richtige Licht treten möchte.

Mit Uebergehung der bereits im Eingange dieser Mittheilung flüchtig berührten Fälle von directer Communication des Magens mit dem Colon möchte es daher für unsere Betrachtung förderlich sein, diejenigen, bei welchen sich für die Diagnose brauchbare Momente aufgeführt finden, hier kurz einzuschalten, und von denselben auf die Prüfung unseres Falles überzugehen.

Es sind vornehmlich zwei Fälle, die hier angeführt zu werden verdienen, einen davon beobachtete Abercrombie, der denselben in seinen pathologischen und practischen Untersuchungen über die Krankheiten der Unterleibsorgane *) folgendermassen beschreibt:

„Ein Mann von 56 Jahren, der früher mit Ausnahme einiger dyspeptischen Beschwerden gesund gewesen war, fing an über eine allgemeine Müdigkeit und Mangel an Appetit zu klagen, magerte ab, und hatte bisweilen Schmerz im Unterleibe. Er ging aber aus und stand seinen bedeutenden und ermüdenden Berufsgeschäften gehörig vor. Nachdem diese Beschwerden zwei bis drei Wochen gewährt hatten, ward er, als er sich auf der Strasse befand, von einem Erbrechen befallen und glich das Ausgebrochene dem Geruche und dem Ansehen nach zu urtheilen den Fäces. Er hatte weiter keine Beschwerden, und erst acht Tage später ward er nochmals auf dieselbe Art und Weise befallen. Nach diesem zweiten Anfalle wurde Dr. Combe zu Leith zu Rathe gezogen. Dieser fand, dass der Mann ein ungesundes Ansehn habe, doch war sein Puls natürlich und er hatte auch guten Appetit. Er hatte gehörige Leibesöffnung und liess sich durchaus keine Spur einer organischen Krankheit auffinden. Dr. Combe war nicht abgeneigt, seine Erzählung von dem Kothbrechen zu bezweifeln, jedoch stellte sich dieses nach einigen Tagen, als er sich zu Hause befand, wieder ein, und hatte der Arzt nun Gelegenheit, das Ausgebrochene zu untersuchen. Das-

---

*) S. in d. Uebers. v. Gerhard von dem Busch. Bremen 1843. pag. 50 u. f.

selbe bestand aus dünnen, gesund aussehenden Faeces, die sich durchaus nicht von den Stuhlausleerungen, welche an demselben Tage erfolgt waren, unterscheiden liessen. Später stellte sich das Erbrechen zu verschiedenen Zeiten, bisweilen drei bis viermal täglich wieder ein, und oft war der Kranke eine ganze Woche lang frei von demselben. Die ausgebrochenen Massen bestanden immer aus reinen Faeces, die manchmal so dick waren, dass sie nur mit Mühe, und nicht eher als bis der Kranke sie durch warmes Wasser verdünnt hatte, ausgeleert werden konnten. Während des ganzen Verlaufs der Krankheit hatte der Kranke gehörige Leibesöffnung oder konnte dieselbe wenigstens leicht bewirkt werden; die Faeces waren ihrem äusseren Ansehn nach sehr verschieden, jedoch glich das Ausgebrochene den durch die Stuhlgänge ausgeleerten Faeces so genau, dass es unmöglich war, dieselben von einander zu unterscheiden. Man beobachtete niemals, dass der Kranke Speisen oder andere genossene Dinge ausbrach. Sein Appetit blieb gut, und liess sich bei der Untersuchung kein Krankheitszustand entdecken. In diesem Zustande blieb der Kranke drei Monate lang und starb endlich an einer nach und nach sich einstellenden Erschöpfung, und ohne dass sich die Symptome wesentlich verändert gehabt hätten. Eine Woche vor seinem Tode hatte er einmal eine ziemliche Menge Blut ausgebrochen. Manchmal hatte er Schmerzen im Unterleibe gehabt, die sich jedoch nicht auf eine bestimmte Stelle beschränkten.

Leichenöffnung. — Der Magen erschien zusammengezogen, und war auf der linken Seite mit den Bauchdecken und dem Bogen des Colons verwachsen. An der Stelle der Verwachsung hatte sich eine weiche tuberculöse Masse gebildet, die ungefähr zwei Zoll dick zu sein schien. Aeusserlich erschien der Magen gesund. Inwendig sah man eine Menge Geschwüre, welche die ganze grosse Curvatur einnahmen, und ungefähr die Hälfte der inneren Fläche des Magens bedeckten. Der Pylorus und das ganze Ende desselben wurden gesund befunden. In der Mitte des ulcerirten Theils fand man eine zerrissene unregelmässige Oeffnung, die volle zwei Zoll im Durchmesser hielt, und mit dem Bogen des Colons in einer freien Verbindung stand; im

Umkreise der Oeffnung sah man die Schleimhaut des Colons ebenfalls etwas in Ulceration übergegangen. Uebrigens erschienen die Gedärme vollkommen gesund; die dünnen Därme waren leer, das Caput Coli war von Faeces ausgedehnt und in dem ganzen Colon befanden sich wohlgebildete Faeces."

Ein zweiter hierher gehöriger Fall, zugleich der einzige ausser dem unsrigen, wo die Magenfistel im Leben diagnosticirt und die Diagnose durch die Section wenigstens theilweise bestätigt wurde, ist der von Dr. Levinstein in Berlin beobachtete, in Caspers Wochenschrift 1840. Nr. 50. mitgetheilte und in Schmidts Jahrbüchern (1842 pag. 105) von Brachmann recensirte, auch in andern Zeitschriften, wie in der Gazette méd. de Paris wiedererzählte Fall, den wir gleichfalls hier im Auszuge mittheilen.

Ein 61 Jahre alter Schuhmacher von grosser, hagerer, jedoch für sein Alter guter Constitution, der bis zum April 1839 immer gesund gewesen sein wollte und eine mässige, fast nüchterne Lebensweise geführt hatte, suchte, nachdem er bereits von zwei Aerzten behandelt worden war, von denen der Eine das Uebel für eine Leberaffection, der Andere für *Carcinoma ventriculi* gehalten hatte, im September 1839 bei Dr. Levinstein Abhülfe für seine, im April genannten Jahres wahrscheinlich in Folge zu heissen Essens plötzlich entstandenen und mit der Zeit immer peinlicher gewordenen Leiden. Er klagte über ein eigenthümlich schmerzhaftes Gefühl von Druck in der Gegend, wo die linke obere Portion des *Musc. rect. abdominis* an den vordern Rand der zweiten und dritten falschen Rippe grenzt, also gerade da, wo die Schuster den Leisten anzudrücken pflegen, ferner über vollkommenen Appetitmangel bei einem Aussehen der Zunge, wie man es gewöhnlich im zweiten Stadium des Typhus antrifft, höchst widerliches fauliges Aufstossen, häufiges Kollern im Leibe und Trägheit des Stuhlganges, dabei roch Pat. fast aashaft aus dem Munde. Weiter gab derselbe an, dass er sich gegenwärtig fast täglich erbrechen müsse, während er im Beginn seiner Krankheit nur alle 4 bis 6 Wochen und später wenigstens nur alle 8 Tage gebrochen habe. Die erbrochenen Massen, welche oft einen halben Eimer und darüber (!) füllten, sahen, wie sich L. im

weitern Verlaufe der Krankheit zu überzeugen Gelegenheit hatte, bald denen beim *Fluxus hepaticus* älterer Autoren ähnlich, und waren stets von einer dünnen Schicht Galle bedeckt; die Faeces hatten in der Regel eine Färbung wie beim Icterus und waren bald fester, bald dünner, im Ganzen spärlich, nie aber, wie sie bei der Lienterie beschaffen zu sein pflegen. Bei der Untersuchung des Leibes fand L. überall in der übrigens nicht aufgetriebenen *Reg. mesogastrica* einen tympanitischen Ton, die teigig anzufühlende *Reg. hypogastrica* ein wenig aufgetrieben, in der linken Oberbauchgegend aber, an der oben näher bezeichneten Stelle, eine geringe ziemlich umschriebene Auftreibung, die beim Drucke nicht schmerzte, und nur einen etwas stärkern Widerstand leistete, als im Normalzustande. An dieser Stelle nun entdeckte L. mit Hülfe des Stethoskops (während die Percussion kaum einen matteren Ton daselbst ergab) ein deutlich begrenztes Schleimrasseln, das grosse Aehnlichkeit mit dem Laennec'schen Gargouillement bei der Lungenvomica hatte, sich hauptsächlich, wenn der Kranke aufrecht stand, bemerkbar machte, und da die Herz- und Lungengeräusche von allen Seiten normal waren, die Muthmassung L's. zuerst auf eine innere Magenfistel leitete. Bei weiterer Verfolgung dieser Annahme schienen die icterische Beschaffenheit der Faeces, die Gallenschicht, welche regelmässig die erbrochenen Massen bedeckte, die gelblichte Färbung der Conjunctiva, der Nasen- und Mundwinkel, sowie der Umstand, dass gedachtes Schleimrasseln gerade in der Gegend hörbar war, wo der linke Leberlappen den Magen bedeckt, die Schlussfolgerung zu rechtfertigen, dass eine Hepatitis der unteren Fläche des linken Lappens zur Entstehung eines Abscesses Veranlassung gegeben, der sich nach Verwachsung mit den Wandungen des Magens und nach Zerstörung derselben in diesen ergossen habe, so dass nur die in dem Magen enthaltenen Flüssigkeiten mit dem in der Abscesshöhle der Leber befindlichen Eiter in gegenseitiger Berührung sich befänden. Merkwürdiger Weise blieb der Kranke bei einem solchen Leiden bis 14 Tage vor seinem Tode frei von Fieber, und selbst in den letzten 14 Tagen seines Lebens fieberte er nur mässig. Dagegen erreichte die Abmagerung einen ausserordentlichen Grad und zuletzt gesellte sich noch *Hydrops universalis*

hinzu. Bis zu dieser Zeit verhielten sich Herzschlag, Puls und Respiration durchaus normal, auch liessen weder die Thätigkeiten der Sinne, noch die geistigen Functionen irgend eine Beeinträchtigung wahrnehmen. In diesem Zustande starb der Mann im Juni 1840. Die Section bestätigte die noch bei Lebzeiten des Verstorbenen von L. gestellte Diagnose in so weit, dass sie, wenn auch keine *Fistula ventriculo-hepatica*, so doch eine *Fistula ventriculo-colica* nachwies. Sämmtliche Eingeweide des Unterleibes, der allein geöffnet werden durfte, mit Ausnahme des Magens und des *Colon transversum*, zeigten eine normale Beschaffenheit. Der Magen aber war da, wo er vom *Colon transversum* gestreift wird, in der Ausdehnung eines Handtellers durchbohrt, doch so, dass dieses Loch durch eine flache Schleimhautfalte des *Fundus ventriculi* in zwei Hälften getheilt war. Jeder dieser Hälften entsprach eines der beiden Enden des getrennten *Colon transversum*, so zwar, dass jedes Lumen dieser beiden Enden mit den zurückgeklappten Rändern des Magenloches verwachsen war, indem nach aussen der vom Bauchfelle herstammende seröse Ueberzug des Magens und *Colon transvers.* die Verwachsung begünstigt hatte, nach innen die Communication zwischen den getrennten Enden des Colon durch den Magen vermittelt ward. Ob der eben beschriebenen Desorganisation eine Gastritis oder Colitis vorausgegangen, und wie lange nach dieser die Perforation erfolgt war, liess sich trotz der bei dem Verstorbenen eingezogenen Erkundigungen mit Genauigkeit nicht bestimmen, sicher aber hatte der Mann noch ein ganzes Jahr nach dem Entstehen derselben gelebt.

Ein, wenn auch dircet nicht hieher gehöriger, doch für unsere Betrachtung höchst wichtiger Krankheitsfall, der im Mai 1842 im Charité-Krankenhause von Schönlein beobachtet wurde *) verdient den vorhergehenden hier noch kurz beigefügt zu werden.

Derselbe betraf einen 53jährigen Mann, welcher, nachdem er fast 1½ Jahr lang an einem epigastrischen mehr linkseitigen Schmerz und erst in der letzten Zeit an scheinbar geringen Ver-

*) Mitgetheilt in Schönlein's clinischen Vorträgen, herausgegeben von Dr. L. Güterbock. II. Heft. Berlin 1842. p. 365 u. f.

dauungsstörungen gelitten hatte, am 6. Mai sich in der Schönlein'schen Klinik zur Behandlung stellte, wo sich bei genauer Untersuchung eine scirrhöse Degeneration des Pylorustheils des Magens und des linken Leberlappens mit gleichzeitiger Milzatrophie ergab. Erbrechen war bei demselben weder vorher noch während des weiteren Verlaufs der Krankheit vorhanden. Die täglich mehrmals, aber immer nur in kleinen Mengen eintretenden Darmausleerungen zeigten unverdaute Speisen und fast gänzlichen Mangel der Galle in denselben. Da nun dieselben, wie sich im weiteren Verlaufe der Beobachtung ergab, ziemlich rasch (oft kaum eine halbe Stunde) nach dem Genusse von Speisen auftraten, nahm Schönlein eine Störung des zum Festhalten der Ingesta bestimmten Organismus im Magen mit Gewissheit an, liess jedoch im Ungewissen, ob dieselbe durch erweiternde Exulceration des Pylorus oder durch eine anomale Verbindung des Magens mit dem Colon bedingt sei. Zur Lösung dieser Frage liess Schönlein (c. am 22. Mai) den Kranken zuerst mit Indigo gefärbte Speisen, nacher auch mit Cochenille tingirte Nahrungsmittel zu sich nehmen, worauf aber erst in der siebenten der nachher erfolgenden Stuhlausleerungen (fast 12 Stunden nach dem Genusse des Farbstoffes) die künstlich hervorgerufene Färbung zum Vorschein kam. Hieraus nahm nun S. die Abwesenheit einer directen Verbindung zwischen Magen und Colon an, und entschied sich für die Anwesenheit einer den Pylorus betreffenden Exulceration, welche Diagnose sich auch nach dem Tode des Kranken, der am 31. Mai erfolgte, auf das Vollkommenste bestätigte, wie überhaupt dieser Fall, welchen in seiner Ganzheit wiederzugeben, der Zweck unsrer Aufgabe verbietet, einen glänzenden Beweis von dem diagnostischen Talente und dem critischen Scharfblicke des Beobachters liefert.

Kehren wir nach diesem Seitenblicke zu unserem eigenen Falle zurück, und prüfen wir die sich daselbst darbietenden Symptome.

Der Geruch der von der Kranken am 8. Febr. erbrochenen Massen, welcher in so auffallender Weise dem der *Faeces* glich, war das erste Zeichen, welches hier zur Vermuthung, dass eine *Fistula ventriculo-colica* vorhanden sei, Veranlassung gab. Dass

diese Beschaffenheit der erbrochenen Massen nicht etwa durch eine Intussusception des Darms oder *Volvulus* und ähnliche Zustände bedingt war, dagegen sprach die gleichzeitige Diarrhöe. Ueberhaupt möchte die mögliche irrige Annahme eines solchen Leidens immer sehr ferne liegen, wenn Erbrechen von Fäcalmassen eintritt, und bereits die Symptome des Magenkrebses erkannt wurden, dagegen die auf jene Zustände bezüglichen Symptome vermisst werden. Es bleibt daher dieses Symptom für die Diagnose der *Fistula ventriculo-colica* eines der wichtigsten. Wir treffen dasselbe auch im Abercrombie's Falle an. Dass Levinstein dasselbe bei seinen Kranken nicht beobachtete, kann den Werth desselben für diejenigen Fälle, wo es vorhanden ist, nicht schmälern, zumal da L. nirgends etwas von dem Geruche angiebt, der hier ja fast allein maassgebend ist, indem das Ansehen sehr täuschen kann, und also das Brechen von fäcalen Massen dennoch vorhanden gewesen sein kann, wenn es auch L. entgieng. Jedenfalls ist dabei auch L.'s Erwähnung des üblen Geruches aus dem Munde des Patienten zu berücksichtigen. Ein weiteres Symptom, welches der Diagnose in unserem Falle diente, war das Erscheinen von unverdauten Speisepartikeln in den Stuhlausleerungen, oder vielmehr die grosse Aehnlichkeit der Darmausleerungen mit dem Erbrochenen. Abercrombie bemerkt in dieser Beziehung von seinem Kranken nur, dass die von demselben durch den Stuhl entleerten Massen ihrem Ansehen nach sehr verschieden, aber unmöglich von den erbrochenen Massen zu unterscheiden waren. Levinstein stellt die lienterische Beschaffenheit der Stuhlentleerungen seines Kranken in Abrede, sagt jedoch von denselben, dass sie den bei Icterus vorkommenden an Farbe ähnlich gewesen. Hieraus und aus der Berücksichtigung des Schönlein'schen Falls, wo Lienterie das Symptom einer exulcerirenden Erweiterung des Pylorus war, ergiebt sich, dass das Erscheinen unverdauter Speisen in den Darmausleerungen nur bedingungsweise zur Diagnose der *Fistula ventriculo-colica* benützt werden kann, und jedenfalls erst der mittelst der gefärbten Speisen angestellte Versuch ein bestimmtes Resultat liefert.

Betrachtet man die beiden Symptome, den Abgang unverdauter Speisen und das Kothbrechen zusammen, so wird man es eine Seltenheit nennen müssen, wenn dieselben gleichzeitig in einem Falle distinct neben einander vorkommen, denn hiezu wird jedesmal erfordert, dass die in den Magen gebrachten Speisen sich in zwei Abtheilungen trennen, wovon die eine durch den Pylorus geht und den ganzen Tractus bis zur Fistel durchmacht, die andere direct durch die Fistel ins Colon geführt wird; an der Fistel muss immer eine Vermischung stattfinden. Das Vorschlagen eines oder des andern Symptoms hängt davon ab, ob der Pylorus mehr oder weniger durchgängig ist. Ist er durch die Degeneration verengt, so können nur wenige *Faeces* bereitet werden und es wird die lienterische Beschaffenheit der Darmausleerungen deutlicher zu beobachten sein, ist derselbe aber von normaler Weite, so wird das Kothbrechen leichter zur Beobachtung kommen. Letzteres war in Abercrombie's Falle deutlich zu bestätigen. In unserem Falle hatten die nach oben und unten entleerten Massen fast gleiche Beschaffenheit, der Pylorus fand sich nur wenig verengt.

Dass bei einer bestehenden *Fistula ventriculo-colica* Kothbrechen viel seltener beobachtet werden kann, als lienterische Beschaffenheit der Stühle, mag wohl leicht darin seine Erklärung finden, dass bei der Contraction des Magens während des Erbrechens die Fistel, wenn sie nicht sehr weit ist, theilweise oder vollständig geschlossen werden kann, auch überdies bei nur einigermassen aufgerichteter Lage des Kranken das Gesetz der Schwere mit in Betracht kommt, wonach der Uebertritt der Contenta aus dem Magen ins Colon leichter als die Bewegung derselben in umgekehrter Richtung möglich sein dürfte.

Bei unserer Kranken trat um die Zeit, wo die Perforation diagnosticirt wurde, ein ausserordentlich rascher Collapsus ein, die cachectische Farbe prägte sich sehr deutlich aus, und die Stimme verlor allen Klang. Es sind dies Symptome, auf die wohl in Bezug auf die besagte Diagnose an sich wenig Werth zu legen sein dürfte, da sie eigentlich nur durch die Raschheit, mit der sie auftraten, die gestellte Diagnose bekräftigten; einer

Erwähnung dürfte es indessen verdienen, dass Haller*) einen Fall von *Fistula ventriculo-colica* mittheilt, den er bei einer Frau beobachtete, welche seit dem Beginn ihrer Krankheit heiser war. Es erinnert dieser Verfall der Stimme an das gleiche Symptom bei Erschöpfung der Kräfte durch übermässige Diarrhöen, wie z. B. bei der asiatischen Cholera. Eine nachweisbare Theilnahme des *N. pneumo-gastricus* an der krebsigen Degeneration, wie dies von Einigen beobachtet wurde, fand sich in unserem Falle nicht vor.

Das von Levinstein für die Diagnose einer inneren Magenfistel angegebene, mittelst des Stethoscops wahrnehmbare Symptom, nämlich das dem cavernösen ähnliche Schleimrasseln, ist jedenfalls von Werth, besonders mag dies für diejenigen Fälle gelten, wo bereits das eine oder andere von den vorher angegebenen Symptomen vorhanden ist. Wir müssen daher L.'s Diagnose immerhin eine sehr gewagte nennen, da in seinem Falle nur dies eine Zeichen vorhanden war, und sehr leicht eine Täuschung etwa durch eine Darmstrictur oder andere ähnliche Zustände hätte bewirkt werden können. Bei auscultatorischer Prüfung gleicher Fälle liessen sich vielleicht noch andere physicalische Symptome, denen der Lungenexcavationen ähnlich finden, wie z. B. das sog. *Tintement metallique*, welches auch Dr. Levinstein selbst in einem ähnlichen, sehr interessanten Falle, der sich in der Med. Vereinszeitung Jahrg. 1848. N. 26. beschrieben findet, mittelst des Stethoscops wahrnahm. Dort war aber dies Symptom durch eine Communication des linken Ovariums mit dem *S romanum* bedingt.

Mit welcher Vorsicht indessen, wie gesagt, die auscultatorischen Zeichen unter diesen Umständen für die Diagnose zu benützen sind, beweist besonders ein in der Erlanger Policlinik im Winter 18⁴⁸/₄₉ beobachteter einen 52jährigen Mann betreffender Fall, wo sowohl das Gargouillement, als das *Tintement metallique* eine geraume Zeit hindurch ausserordentlich deutlich wahrzunehmen war. Der Kranke litt an *Scirrhus ventriculi,* und während genannte Symptome im Leben beobachtet wurden, war sehr starker

---

*) *Opuscula pathologica. Lausannae* 1755. p. 47.

Meteorismus vorhanden. Bei der Section fand sich besonders der Magen sehr ausgedehnt, zugleich auch eine Strictur im *Colon transversum,* aber nirgends eine Fistel. Vielleicht liessen sich diese Symptome in einzelnen Fällen auch willkührlich durch äusserlich angebrachten Druck u. s. w. hervorrufen und modificiren.

Fassen wir nun Alles in diagnostischer Hinsicht bei unserer Betrachtung Berührte zusammen, so möchte sich etwa Folgendes kurz als das Resultat derselben herausstellen:

1) Die Magen-Colonfistel kann während des Lebens erkannt werden.

2) Sehr wichtige Symptome für die Diagnose sind: Eintretendes Erbrechen von Fäcalmassen und Erscheinen von unverdauten Speisen in den Darmentleerungen.

3) Das Erscheinen von versuchsweise genossenen künstlich gefärbten Speisen in den Stuhlausleerungen unmittelbar oder sehr kurze Zeit nach dem Genusse ist ein pathognomonisches Symptom der *Fistula ventriculo-colica.*

4) Die auscultatorischen Zeichen für sich allein können, mit Vorsicht benützt, eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose der *Fistula ventriculo-colica* möglich machen: in Verbindung mit den übrigen sind sind von grösserem Werthe.

5) Die Zeichen des Collapsus, die Zunahme der cachectischen Hautfärbung nnd besonders der Verfall der Stimme, sind, wenn sie sehr rasch eintreten, bei gleichzeitiger Anwesenheit der wichtigeren Symptome unterstützende Momente für die Diagnose, an sich allein ohne besonderen Werth für dieselbe.

Dass von einer Behandlung der *Fistula ventriculo-colica* nicht die Rede sein kann, begreift sich von selbst, wir sind bei der Behandlung des Magenkrebses überhaupt vorzugsweise nur auf Palliativa angewiesen, der besagte Ausgang macht hierin keine Veränderung.



